

POTILASTYYTYVÄISYYSKYSELY  
SYDÄNVALVONTAAN

Kuopion yliopistolliseen sairaalaan

Mira Tarvonen, Minna Tiihonen

ja Tiina Tikkanen

Opinnäytetyö, syksy 2010

Diakonia- ammattikorkeakoulu

Diak Itä, Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Tarvonen Mira; Tiihonen Minna & Tikkanen Tiina. Potilastyytyväisyyskysely sydänvalvontaa Kuopion yliopistolliseen sairaalaan. Pieksämäki. Syksy 2010. 36 s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Itä, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kuopion yliopistollisen sairaalan sydänvalvontaosaston potilastyytyväisyyttä. Tehtävänä oli selvittää potilaiden tyytyväisyyttä kivunhoitoon, turvallisuuteen ja tiedonsaantiin osastolla. Opinnäytetyön aihe tuli sydänvalvonnan osastonhoitajalta ja sisätautien erikoislääkäriltä.

Opinnäytetyö on toteutettu kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeella, joka piti sisällään 15 väittämää ja vastausvaihtoehtoja oli viisi. Kyselylomakkeeseen vastanneita oli 38 kappaletta. Sydänvalvontaosaston hoitajat jakoivat kyselylomakkeita potilaille suljetussa kirjekuoressa. Tarkoituksena oli, että näin kysely olisi mahdollisimman luottamuksellinen. Kysely kesti kolme viikkoa ja se toteutettiin keväällä 2010. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelman avulla.

Keskeisimpänä opinnäytetyön tuloksissa tuli esille kipumittarin puutteellinen käyttö kipuja kysyttäessä. Yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä sydänvalvonnan hoitoon kivunhoidon, turvallisuuden ja tiedonsaannin suhteen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi potilastyytyväisyyden kehittämiseksi sydänvalvontaosastolla. Potilastyytyväisyyden ylläpitämiseksi jatkossa voisi kyselyn uusia tai mahdollisesti tehdä laajemman kyselyn.

Asiasanat: potilastyytyväisyys, hoidon laatu, sydänvalvonta, kivunhoito, turvallisuus, tiedonsaanti

## **ABSTRACT**

Tarvonen, Mira; Tiihonen, Minna & Tikkanen, Tiina. Patient satisfactory in coronary care unit of Kuopio University Hospital. Pieksämäki. Autumn 2010. 36 p., 1 appendice. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Bachelor of Nursing.

The purpose of the thesis was to survey the patient satisfaction in coronary care unit of Kuopio University Hospital. The main objectives were to find out how content patients were with their pain medication, safety issues and for information availability. The topic for the thesis was set by the Head Nurse and the specialist of internal diseases.

The thesis was executed using the quantitative research method. The research data was collected using a questionnaire which included 15 statements with five alternatives for each. In total 38 responses were received. The questionnaires were distributed by nurses of coronary care unit. The purpose of this method was to ensure maximum confidentiality of the questionnaire. The data was received over a three week period in spring 2010. SPSS 17.0 program was used for analysing the research data.

The most central finding of the thesis was the lack of use of pain indicators when patients were asked of their pain. In general, patients were happy with their pain medication, safety issues and for chances to get information

The results of the study can be utilized in order to increase the patient satisfaction in coronary care unit. To ensure patient contentment in the future, the inquiry could be repeated or perhaps carried out as an extended version.

Key words: patient satisfaction, patient contentment, quality of treatment, coronary care, pain treatment, safety, security, information availability.

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO JA TAUSTAA .....	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	5
2.1 Sydänvalvonnan hoitotyö .....	6
2.2 Sairaanhoidajan osaaminen .....	8
2.3 Asiakastyytyväisyys ja hoitotyön laatu .....	9
2.4 Turvallisuus .....	10
2.5 Potilasohjaus ja tiedonsaanti .....	12
2.6 Kipu ja kivunhoito .....	14
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ .....	17
4 TUTKIMUSMENETELMÄT .....	17
4.1 Kvantitatiivinen tutkimus .....	17
4.2 Tutkimusympäristö .....	18
4.3 Aineiston keruu ja kyselylomake .....	18
4.4 Aineiston käsittely .....	19
4.5 Eettisen näkökohdat .....	20
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	21
5.1 Turvallisuus .....	21
5.2 Tiedonsaanti .....	23
5.3 Kivunhoito .....	25
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	27
6.1 Yhteenvedo tuloksista .....	27
6.2 Luotettavuus ja toistettavuus .....	29
6.3 Jatkotutkimusehdotukset .....	30
6.4 Opinnäytetyö ammatillisen kasvun tukena .....	31
LÄHTEET .....	32
LIITE 1: Potilastyytyväisyys kyselylomake .....	35

## **1 JOHDANTO JA TAUSTAA**

Aiheenamme oli potilastyytyväisyyskysely sydänvalvontaan Kuopion yliopistollisen sairaalan. Saimme aiheen sydänvalvonnan osastonhoitajalta ja sisätautien ylilääkäriltä. Kyseiselle osastolle ei ole ennen tehty potilastyytyväisyys kyselyä, joten tarvetta tähän oli. Mielestämme on tärkeää mitata hoidon laatua, joten otimme työn vastaan. Vastedes tämän kyselyn avulla on mahdollisuus tehdä jatkokyselyjä ja kartoittaa, onko hoidonlaatu muuttunut.

Sydänvalvonnassa hoidetaan sydänpotilaita, jotka tarvitsevat tehostettua valvontaa ja hoitoa. Potilaat sairastuvat äkillisesti, joten he tarvitsevat paljon henkistä tukea kaiken akuuttihoitotyön keskellä. Potilasryhmät ovat pääsääntöisesti keski-ikäisiä.

Osastonhoitaja toivoi, että kyselyssä kiinnittäisimme erityistä huomiota potilaiden turvallisuuden tunteeseen ja siihen, kuinka potilaat saavat tietoa sekä kuinka kivunhoito huomioidaan.

Potilastyytyväisyys on aina ajankohtainen aihe millä tahansa osastolla. Opinnäytetyön teko kasvattaa meitä sairaanhoitajan ammattiin ja auttaa meitä myös näkemään työympäristömme kehittämiskohteita.

## **2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT**

Akuuttihoito tarkoittaa sairastumisen 3-5 ensimmäistä vuorokautta, jolloin annetaan hoitoa. Akuutissa vaiheessa annetaan ensisijainen hoito ja seurataan vitaalielintoimintoja. Akuutissa vaiheessa tärkeintä on selvittää diagnoosi ja ehkäistä komplikaatioita. Äkillinen sairastuminen aiheuttaa potilaassa ja hänen omaisissaan epävarmuutta ja huolta. Tämän vuoksi ohjauksen ja tiedon saannin merkityskin korostuu. Hoidon akuutissa vaiheessa on tärkeää ohjata potilasta päivittäisissä toiminnoissa esimerkiksi, jos on rajoituksia liikkumisessa, vessa-asioiden hoitamisessa, sekä levon merkityksestä tulee

selittää. Potilasta tulee ohjata tulevista tutkimuksista, hoitotoimenpiteistä ja siitä missä ja milloin hoito tulee tapahtumaan. Omaiset täytyy muistaa ottaa mukaan hoitoon ja informoida heitäkin potilaan asioista. (Muhonen & Nieminen 2009.)

## 2.1 Sydänvalvonnan hoitotyö

Kuopion yliopistollisen sairaalan sydänvalvonnassa hoidetaan Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen sydänpotilaita, jotka tarvitsevat tehostettua valvontaa ja hoitoa. Potilailta seurataan mahdollista arytmiää ja iskemiaa monitorien avulla. Sydänpotilaat tulevat pääasiassa ensiapupoliklinikan kautta, jossa sisätautilääkäri tutkii heidät ja lähettää tutkimusten perusteella sydänvalvontaan. Potilas voi tulla myös suoraan sydänvalvontaan, mutta tällöin lähettävän lääkärin tai hoitoyksikön on täytynyt sopia tämä asia sydänvalvonnan lääkärin kanssa. Tämä käytäntö tapahtuu silloin, kun potilas on saanut hoitoyksikössä trombolyyseihoidon tai potilas tuodaan trombolyysejä varten sydänvalvontaan. Toisesta sairaalasta siirtyy myös suoraan sydänvalvontaan potilaita. (Väisänen 2009.)

Sydänvalvonnassa hoidetaan akuutteja sepelvaltimotapahtumia, sydämen vajaatoimintaa, keuhkopöhöä ja vakavia rytmihäiriöitä sekä sydänleikkauksia odottavia potilaita, jotka tarvitsevat tehostettua valvontaa. Bradykardia- ja johtumishäiriöiset potilaat tulevat myös hoitoon sydänvalvontaan. Hoidon tavoitteena on vitaalielintoimintojen turvaaminen, potilaan ennusteen paraneminen, haitallisten sydäntapahtumien estäminen ja komplikaatioiden ehkäisy. Kaikkiaan akuutin sairauden näyttöön perustuva hoito tulisi toteutua. Potilailla on käytössä sydämeen, verenkiertoon ja veren hyytymiseen vaikuttavia lääkkeitä, joten lääkehoidolla on suuri merkitys. Lääkehoidossa korostuu täsmällisyys ja lääkevasteen seurannan merkitys. (Väisänen 2009.)

Sydänvalvonnassa potilaat ovat kytkettyinä valvontalaitteisiin ja erilaisiin lääkeinfuusiioihin. He ovat täysin vuodepotilaita ja heillä on tarkat liikkumisrajoitukset. Potilaat tarvitsevat paljon apua hoitohenkilökunnalta. Psykkinen kriisi potilailla on suuri, koska usein sydänvalvontapotilaat sairastuvat äkillisesti. Potilailla on huoli omasta tulevaisuudesta ja kuolemanpelko on läsnä jatkuvasti. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan moniosuamista. Heidän täytyy osata tarkkailla potilasta tilanteen edellyttämällä tavalla, täytyy

osata tulkita monitoria, toteuttaa lääkemääräyksiä ja hoitoja sekä osata tulkita rytmihäiriöitä. Hoitohenkilökunnan täytyy myös muistaa potilaan psyykinen hyvinvointi ja pyrkiä olemaan mahdollisimman paljon tukena, kun potilas sitä tarvitsee. (Väisänen 2009.)

Primaari ST-nousuinfarktipotilaat voivat mennä suoraan kardiologiseen yksikköön varjoainekuvaukseen ja tarvittaessa pallolaajennukseen, josta he tulevat sydänvalvontaan jatkohoitoon. Osa infarktipotilaista tulee ensiksi sydänvalvontaan, jossa vakaannutetaan tilanne lääkkeillä ja levolla. Tämä tapahtuu usein illan tai yön aikana, kun kardiologinen yksikkö ei ole auki. (Väisänen 2009.)

Sydänvalvontaan tullut potilas kytketään potilasvalvontalaitteisiin. Erikoistuva lääkäri, kardiologi tai päivystävä sisätautilääkäri tulee tapaamaan ja tutkimaan potilaan, ja hän määrää tarvittavat hoidot ja lääkkeet. (Väisänen 2009.)

Sydänvalvonnasta koronaaripotilaat siirtyvät jatkohoitoon sisätautien vuodeosastolle, leikkaussaliin, kirurgisille osastoille ja teho-osastolle. Muista sairaaloista tulleet siirretään suoraan omaan sairaalaan. Keskimääräinen hoitoaika sydänvalvonnassa on kaksi vuorokautta. (Väisänen 2009.)

Sydänvalvonnan toimintaa ohjaavat Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin eettiset periaatteet. Keskeisimmät hoitotyön periaatteet sydänvalvonnassa ovat yksilöllisyys, turvallisuus ja hoidon jatkuvuus. Perusarvona on ihmisarvon kunnioittaminen, joka ilmenee hoidon ja palvelun inhimillisyytenä. Eettisyys ilmenee potilaan kohtaamistilanteessa ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa. Vastuullisuus tarkoittaa tavoitteisiin, päätöksiin ja sopimukseen sitoutumista. Tärkeää on myös opiskella ja kehittää itseään. Yliopistosairaalassa painottuu korkea tieto-taito taso. (Väisänen 2009.)

Sydänvalvonnan hoitotyötä ohjaa asiakaslähtöisyys, joka merkitsee potilaiden auttamista hoitotyön menetelmin. Hoitaja tukee potilaan voimavaroja ja auttaa hoidossa tehtävien päätösten teossa. Hoitotyötä ohjaa myös perhehoitotyö. Tämä tarkoittaa, että potilaan perhe otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Yksilövastuinen hoitotyö toteutuu sydänvalvonnassa. Tällä tarkoitetaan, että hoitotyöntekijät vastaa-

vat yhdessä potilaan kanssa hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista hoitajakson ajan. (Väisänen 2009.)

## 2.2 Sairaanhoidajan osaaminen

Sairaanhoidajana voi toimia laillisesti, kun on valmistunut sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulusta. Sairaanhoidajan työ muodostuu muun muassa seuraavista asioista: hoitotyön suunnittelusta ja vaikuttavuuden seurannasta, elintoimintojen tarkkailusta, hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten tekemisestä, potilaiden ja omaisten ohjaamisesta, neuvonnasta ja tukemisesta. Sairaanhoidaja tarvitsee paljon teoretista tietoa sekä käytännön taitoja. Tarvitaan myös stressinsietokykyä sekä vuorovaikutustaitoja. Sairaanhoidajan tulee olla tarkka sekä huolellinen työtä tehdessään. Perusosaamisessa sairaanhoidajalla tulisi olla sensomotorisia-, emotionaalisia-, sosiaalisia- ja kognitiivisia taitoja. Sairaanhoidajan työssä tulisi näkyä havainto- ja ajattelukyky sekä innovatiivinen tietotaito, motivaatio työhön, mukautuminen sekä persoonaan liittyvät vaikutukset. (Niemitalo 2010 7-8.) Ennen koulutusta järjestetään pääsykokeet, joissa testataan näitä asioita ja katsotaan, onko ihminen soveltuva sairaanhoidajan ammattiin. Oma ammatillista osaamista tulee kehittää, tämä auttaa myös työssä jaksamiseen ja viihtymiseen. Ammattitaidon ja osaamisen vahvistuttua oma työtaakkakin helpottuu, koska työsuoritukset alkavat tuntua tutuilta ja helpommilta. (Niemitalo 2010, 7-8.)

Sydänpotilaan hoitaminen on haastavaa ja akuuttia. Sairaanhoidajalla tulisi olla valmiudet ja osaamista tarkkailla sydänpotilasta. Sairaanhoidajan pitäisi hallita sydänsairaudet, niiden tutkiminen ja hoitomuodot, jälkiseuranta-asiat, elvytetyn hoito, terveyden edistäminen ja potilaan ohjaus. Sydänsairauksissa ohjaukseen kuuluu: liikunta, seksuaalisuus, ruokavalio, lääkehoito, tupakointi, alkoholi ja suunhoito. Sairaanhoidajan tulee tukea ja ohjata potilasta pärjäämään sairautensa kanssa. Potilaalle täytyy osata kertoa sydänjärjestöjen toiminnasta sekä erilaisista potilasjärjestöistä. (Niemitalo 2010, 9.)

Tulevaisuudessa tulemme kohtaamaan haasteita, kun monitaitoiset sairaanhoidajat jäävät eläkkeelle ja samaan aikaan väestö ikääntyy sekä moniongelmaisuuksia sairauksissa lisääntyy. (Niemitalo 2010, 9.) Onneksi monella työpaikalla on aloitettu mentori ohjelmat, jotka pyrkivät siihen, että kokeneempi sairaanhoidaja jakaa tietoansa kokemattomille hoitajille.



### 2.3 Asiakastyytyväisyys ja hoitotyön laatu

Hoitoa ja palvelua tarkastellaan asiakkaan kannalta. Erityisen tärkeää on ottaa huomioon tilanteet, jossa kohdataan potilaita, joilla on alentunut toimintakyky ilmaista tarpeitaan tai mielipiteitään. Asiakaspalautteilla pystytään kartoittamaan asiakaslähtöistä toimintaa. Asiakaslähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytettävissä on tietoa siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi- Sulkava & Finne- Soveri 2002, 38.)

Potilastyytyväisyydellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa asiakastyytyväisyyttä. Asiakastyytyväisyys ja palvelunlaatutermejä pidetään usein samaa tarkoittavina. Tyytyväisyys on kuitenkin laatua laajempi käsite. Näin ollen palvelun laatu on yksi asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista asioista. Jotta voisimme vaikuttaa asiakkaiden tyytyväisyyteen, täytyy saada tietoa siitä mitkä asiat tekevät asiakkaat tyytyväisiksi. Asiakastyytyväisyydestä saadaan tietoa toimialaa koskevilla tutkimuksilla. Pelkkä tyytyväisyyden seuranta ei riitä, vaan tarvitaan myös seurantaan perustuvaa toimintaa. Näin saadaan asiakastyytyväisyyttä parannettua. (Ylikoski 1999, 149–150.)

Parannettavissa olevat sairaudet tai tilat hoidetaan aina silloin, kun hoidon hyöty ylittää sen mahdollisesti aiheuttaman haitan. Jos paraneminen ei ole mahdollista, panostetaan jäljellä olevaan elämään ja toimintakykyyn. Potilaalla on lain mukaan itsemääräämisoikeus. Voidakseen tehdä järkeviä ja perusteluja päätöksiä sekä sitoutua hoidon tavoitteisiin, potilaan tulee saada tietoa sairaudestaan, hoidostaan, oireistaan ja ennusteestaan. (Voutilainen ym. 2002, 66.)

Laatu on arkipäivän kohtaamista asiakkaan ja hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. Hoitotyössä laatu näkyy asiakkaan sairauksien hoidossa ja elämänhallinnan tukemisessa. Hoitotyötä tehdään omalla persoonalla ja ammattitaidolla. Laatu toteutuu arkipäivän työssä, ja sille luodaan edellytykset niin eri ammattien peruskoulutuksessa, kuin työyhteisöjen johtamisessakin. (Voutilainen ym. 2002, 14.)

Laatu on asiakkaan tarpeen tyydyttämistä. Potilailla on tarpeita terveydenhuollon suhteen; he odottavat saavansa palvelua ja että palvelu olisi sujuvaa. Potilaat odottavat, että hoidon tulos vastaisi odotuksia. Lääkärin kanssa etukäteen sovitut asiat ovat tavoitteena

hoidolle. Hoitotyön laatuun vaikuttaa se, minkälaisen panostuksen henkilökunta voi antaa työlleen. (Rissanen & Kansanen 2003, 122–123.)

Kokemukset hoidon laadusta perustuvat siihen minkälaisia odotuksia kukin laatii hoidosta. Potilastyytyväisyys pitkälti perustuu siihen, kuinka odotukset ja kokemukset hoidosta vastaavat toisiaan. Saattaa olla vaikea tyydyttää kaikkia, koska jokainen ihminen painottaa asioiden tärkeyttä eri tavalla ja potilaat kokevat asiat eri tavalla. Potilaat arvioivat hoitoa sillä miten he kokevat sairaalassa oloajan. Tutkimuksen mukaan hyvä hoito vähentää pelkoa, lisää hyvänolon tunnetta, turvallisuuden ja kiitollisuuden tunnetta. (Saarinen 2007.)

Eräässä tutkimuksessa kartoitettiin hoidon laatua ja potilaiden käsityksiä hoidosta yhteispäivystyksessä. Potilaat kokivat kivunhoidon sekä huomioinnin puutteelliseksi. Potilaat, jotka kokivat olonsa turvalliseksi yhteispäivystyksessä, olivat huomattavasti tyytyväisempiä verrattuna niihin, jotka kokivat olonsa turvattomaksi. Turvallisuuden tunne on tullut tärkeäksi osaksi muissakin tutkimuksissa tyytyväisyyden vaikuttajana. (Pellikka, Lukkarinen & Isola 2003.)

Potilastyytyväisyyttä mitattaessa kyselylomakkeen käyttö on hyvä, koska silloin esimerkiksi haastattelijan persoona tai ympäristö ei vaikuta tuloksiin. Lisäksi vastaaja voi miettiä rauhassa kysymyksiä ja vastata oman jaksamisen mukaan. (Saarinen 2007.)

## **2.4 Turvallisuus**

Turvallisuutta pidetään tärkeänä arvona. Turvallisuus on vaarattomuutta esimerkiksi väkivallasta, tapaturmista ja onnettomuuksista. Turvallisuudentunne luo levollisuutta ja luotettavuutta. Vastakohtana turvallisuudelle on turvattomuus. Turvattomuus on muun muassa pelkoja ja huolestuneisuutta. Ihmisen kasvun tärkeänä tekijänä on turvallisuus, varsinkin epävarmuuden ja turvattomuuden tunteen lähestyessä. (Niemelä & Lahikainen 2000, 21–23.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeä tavoite on potilasturvallisuus. Henkilökunnan täytyy olla ammattitaitoista ja omaan työhönsä sitoutunutta. Aina on kuitenkin mahdol-

lisuus vaaratilanteeseen. Potilaiden hoitaminen on turvallista, kun se tehdään oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Se miten potilaita hoidetaan ja millä periaatteilla, täytyy pohjautua turvallisuuteen. Näin pystytään ehkäisemään haittoja ja myös hallitsemaan niitä, jos haitta kuitenkin pääsee tapahtumaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11–12.)

Turvallisuus voidaan jakaa kolmeen osaan; perusturvallisuuteen, situaatioturvallisuuteen ja aineelliseen turvallisuuteen. Situaatioturvallisuutta on se, kun potilas pystyy saavuttamaan turvallisuuden tunteen, vaikka hänellä olisikin esimerkiksi joku pitkäaikais-sairaus. Sairastuessaan ihminen yrittää palauttaa entisen turvallisuuden tasonsa. Muutuneissa olosuhteissa korvaavaa turvallisuutta pyritään kehittämään uuteen minään, maailmaan ja ruumiiseen sopeutuen. (Niemelä & Lahikainen 2000, 52.)

Terveydenhuollon henkilökunnalta toivotaan halua ja taitoa kuunnella asiakkaiden kertomuksia sekä taitoa tukea vaikeissa tilanteissa ja taitoa erottaa riskitilanteet. Niin sairauteen, kuin terveyteenkin liittyvissä asioissa turvallisuuden tunnetta antaa luottamus mahdollisuuksiin selvitä, luottamus toisiin ihmisiin ja palvelujärjestelmiin sekä hyvään huolenpitoon ja hoitoon. (Niemelä & Lahikainen 2000, 55.)

Hotasen ja Elon mukaan turvallisuuden tunne muodostui luottamuksesta hoitohenkilökuntaan. Sairaalassaolo koettiin turvalliseksi, koska tunnettiin olevan hyvissä käsissä. Hoitajan läsnäolo loi turvallisuudentunnetta. Tärkeää oli turvallisuuden kannalta, että hoitajat olivat tavoitettavissa soittokellon avulla ja heille uskalsi puhua. Potilaat kokivat olonsa turvalliseksi, vaikka ihmetystä herättikin monet potilaaseen kiinnitetyt laitteet. Hoitajien ammattitaito loi turvallisuuden tunnetta potilaissa. (Elo & Hotanen 2009, 19.) Sydänvalvonnassa potilaat kokivat olonsa turvalliseksi. Tähän vaikutti rauhallinen hoitoympäristö, luottamus hoitohenkilökuntaan sekä heidän ammattitaitoonsa. (Antikainen & Nöjd 2005, 29.) Myös Mattilan tutkimuksessa hoitoympäristön turvallisuutta pidettiin tärkeänä. Hoitoontulo koettiin turvalliseksi, koska potilaat odottivat saavansa pian apua kipuihinsa. Tällöin potilaat tunsivat olonsa rauhallisiksi ja luottavaisiksi. Hoitoon tullessa turvallisuutta loi myös tulevista tutkimuksista kertominen. (Mattila 1998, 149.)

## 2.5 Potilasohjaus ja tiedonsaanti

Riittävä ohjaus antaa potilaalle tietoa sairaudesta, rajoituksista ja hänen omasta tilanteestaan. Ohjaus onnistuu, jos on riittävät resurssit joihin kuuluu; riittävästi henkilökuntaa, koulutusta ohjauksesta ja asianmukaiset tilat. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi täytyy osasta tunnistaa potilaan omat voimavarat ja ohjaustarve. Ohjauksen tulisi perustua terveyden edistämiseen ja tukea potilaan itsehoito valmiuksia. Ohjattavan tiedon tulisi perustua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja tutkittuun tietoon. (Muhonen & Nieminen 2009, 9.)

Potilaan hyvään hoitoon kuuluu laadukas ohjaus. Lain mukaan hoitajalla on velvollisuus antaa potilaalle ohjausta ja potilaalla on oikeus saada tätä. Laadukas ohjaus pohjautuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan omia valintoja. Jokaisen hoitajan tulisi tiedostaa omat osaamisen lähtökohdat ohjauksen aiheesta sekä ymmärtää, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjataan. Laadukkaaseen ohjaukseen tulee perustua tutkittuun ajankohtaiseen tietoon. Myös oma kokemus alalta ja aiheesta antaa hyvät lähtökohdat laadukkaaseen ohjaukseen. Potilaan taustojen ja tietämyksen selvittäminen ennen ohjausta on tärkeää; tämä tekee ohjaus tilanteesta yksilöllisemmän ja potilaslähtöisen. (Kääriäinen 2008.)

Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat olisivat olleet tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen. Potilaat tarvitsisivat enemmän tietoa sairaalahoidon aikana omasta tilanteestaan, sairaudestaan ja hoidoista. He kokevat myös, että ohjaus on puutteellista sairauden syistä, oireista, ongelmista sekä lääkehoidosta. Potilaan riittävä ohjaus olisi tärkeää hoidon aikana, koska jatkohoito jää potilaan omalle sekä omaisten vastuulle. Tällöin heillä täytyisi olla tarpeeksi tietoutta omasta tilanteestaan ja hoidoista. (Kääriäinen 2008.)

Potilaan tiedonsaantioikeudessa sanotaan, että potilaalle on kerrottava hänen terveydentilastaan, hoidon tärkeydestä, hoitovaihtoehdoista sekä muista asioista, jotka liittyvät hänen hoitoonsa. Jos potilas ei halua kuulla asioita, niitä ei vastoin hänen tahtoaan hänelle kerrota. Potilaalle tiedottaminen asioista on tapahduttava niin ymmärrettävällä kielellä, että potilas ymmärtää asian. Tarvittaessa apuna tulee käyttää tulkkia. Tiedonannosta tai sen tekemättömyydestä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Henkilötie-

tolain mukaan potilas voi halutessaan tarkastaa hänestä kirjoitetut tiedot potilasasiakirjoista. (Valvira, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto i.a.)

Potilaiden tiedonsaannin turvaamiseksi täytyy varmistaa, että ohjaus on hyvää. Ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon, mitä potilas jo tietää asiasta, mitä hänen täytyisi tietää, mitä hän itse haluaa tietää sekä mikä on potilaalle helpoin tapa ymmärtää asia. Ohjaus pohjautuu hoitajan ja potilaan yhteiseen kuvaan hoidosta, jolloin pystytään parantamaan potilaan hoitoon sitoutumista ja potilaan tyytyväisyyttä. Ohjaajan on tiedettävä potilaan taustatiedot, jotta ohjaus onnistuu. Potilaan ja ohjaajan välinen vuorovaikutus tekee ohjaustilanteesta ainutkertaisen. Vuorovaikutuksen tulee olla luottamuksellista ja turvallista. Ohjaajan tulee rohkaista, ymmärtää, arvostaa ja kunnioittaa potilasta. Hyvässä ohjauksessa ohjaaja ilmaisee asiansa selkeästi ja tekee tarvittaessa kysymyksiä potilaalle. Vuorovaikutuksen tavoitteet täyttyvät, kun toiveet ja odotukset otetaan huomioon. Hyvä ohjaus vaatii halua toimia yhdessä sekä ohjaajalta että potilaalta. (Kynäs ym. 2007, 47–48.)

Potilaat käsittävät ohjauksen ohjeiden ja neuvojen saamisena liikkumiseen ja kehon toimintojen seuraamiseen. Ohjaajat koettiin kiireisiksi. Heidän toivottiin olevan asiantuntevia, tuttuja, luotettavia ja kiireettömiä. Tietämättömyyden tunnetta potilaissa aiheutti vähäinen keskustelu, mutta osassa tapauksissa potilas ei muistanut, että asiasta oli keskusteltu. Potilaiden kokemus oli myönteinen lääkehoidon ohjaamisen suhteen sekä mielialan huomioonottamisessa. (Mattila 1998, 147–149.)

Ohitusleikkauspotilaat ovat kokeneet tiedon tarpeensa suureksi kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Tietoa komplikaatioista, hoidoista, lääkityksestä ja elämänlaadun parantamisesta pidettiin tärkeänä. Tietoa haluttiin myös terveydenhuollon palveluista, ihmissuhdeasioista, oireiden uusiutumisen ehkäisystä sekä sairastumista edeltäneiden toimintojen jatkamisesta. Potilaat arvostivat suuresti, että ohjauksen aikana oli mahdollisuus kysyä mietityttävistä asioista sekä kertoa oma mielipiteensä. Henkilökohtaiset keskustelut ja neuvot olivat potilaiden mielestä hyviä. Potilaat kokivat hyväksi oman osallistumisen ohjaukseen ja tiedonsaantiin. (Okkonen & Kuusisto 2004, 11.) Tiedonsaanti helpotti potilaiden pelkoja ja vahvisti heidän ajatuksiaan sairaudesta selviämisestä. Se myös poisti sairaudesta johtuvaa epävarmuutta potilaista. Tietoa he tarvitsivat sairaudestaan, sen oireista ja siitä, miten sen kanssa pystyy elämään. Tietoa annettiin vastaamalla poti-

laiden kysymyksiin ja ohjaamalla heitä pärjäämään sairautensa kanssa. (Elo & Hotanen 2009, 23.)

Hoitajien ja potilaiden välinen hyvä vuorovaikutus muodostui kunnioittavasta, avoimesta ja luottamuksellisesta vuorovaikutussuhteesta. Potilaiden mielestä oli merkittävää, että hoitajien kanssa pystyi sopimaan asioista ja keskustelemaan. Tätä kautta potilaat tunsivat, että voivat osallistua hoitoonsa ja heitä arvostetaan. Hoitajien ohjaus ja keskustelu ymmärrettävällä kielellä oli potilaista tärkeää. Mieltä rauhoitti tieto omasta voinnista. Voinnin kysyminen oli potilaista hyvä yhteys hoitajiin, mutta myös sanaton viestintä esimerkiksi kosketus tai läsnäolo koettiin hyväksi. (Elo & Hotanen 2009, 22.)

## **2.6 Kipu ja kivunhoito**

Kipu on aina yksilöllinen, subjektiivinen ja epämiellyttävä kokemus. Kivunhoitotyön tutkimuksissa käytetään usein McCafferyn ja Paseron määritelmää: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan, ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän.” Määritelmässä korostuu kivun henkilökohtainen kokemus ja onkin todettu, että kivusta kärsivä on paras arvioimaan kipunsa määrää ja laatua. (Flinkman & Salanterä 2004.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonvaurio tai jota kuvataan samalla tavalla kuin kudonvauriota. (International Association for the Study of Pain i.a.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan velvollisuuksiin kuuluu lievittää potilaiden kärsimystä, parantaa potilaiden elämänlaatua sekä edesauttaa potilaan yksilöllistä hyvää vointia (Sairaanhoitajaliitto i.a.). Ammattiin valmistuneella sairaanhoitajalla tulee olla valmiuden kivunhoitoon ja kivunhoitomenetelmien käyttöön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Jokaisella potilaalla on oikeus kivun lievitykseen sekä tietoon kivunlievitysmenetelmistä, niiden vaikutuksista ja seurauksista. Potilas itse on oman kipunsa asiantuntija ja kertoessaan kivuistaan, tulee häntä uskoa, kunnioittaa ja suhtautua asiaan vakavasti. (Ruuskanen 2005.)

Äkillinen eli akuutti kipu johtuu yleensä elimistöön kohdistuneesta voimakkaasta ärsykkeestä, vauriosta, vammasta tai elinten toimintahäiriöstä. Kivun tehtävänä on varoittaa elimistöämme uhkaavasta vaarasta ja viestittää, että jotain on vialla. Akuutin kivun lievittäminen lääketieteen keinoin onnistuu useimmiten hyvin. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 177.)

Potilaan kivunhoidon arviointi on tärkeä osa kivunhoitoa. Arvioinnin tarkoituksena on määrittää kivun syytä, sen merkitystä potilaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn sekä antaa tietoa kivunhoidon vaikuttavuudesta. (Holmia ym. 2006, 181.) Kivun mittaamisen perustana on potilaan omakohtainen kokemus kivusta ja hoitajan voi olla hankala ymmärtää miltä kipu potilaasta tuntuu. Kivun arvioinnin helpottamiseksi on laadittu erilaisia kipumittareita kuten VAS eli visuaalianalogiasteikko, kipukiila, kasvoasteikko, sanallinen kipuasteikko ja kipuviuhka. Näistä yleisimmin käytössä oleva mittari on 10 cm pitkä VAS -jana, joka toisessa päässä on numero nolla ja toisessa 10. Numero nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja kymmenen puolestaan pahinta mahdollista kipua. Kipumittarin luotettavuutta lisää potilaan ohjeistus ja opastus kipumittarin käyttöön. Lisäksi on tärkeää, että osasto käyttää yhtä yhdessä sovittua mittaria, sillä eri mittareilla saatuja arvoja ei voi vertailla keskenään. (Alho, Kemppainen & Uusitalo 2010, 7–9.)

Voimakas kipu aiheuttaa potilaalle henkisen kärsimyksen lisäksi fysiologisia haittoja. Kova kipu vaikuttaa hengitykseen, verenkiertoon, lihaksiin, ruuansulatuskanavaan, virtsateihin, hormonaaliseen stressivasteeseen sekä psyykkiseen tilaan. (Ruuskanen 2005.) Hoitamattoman kivun psyykkisiä oireita ovat muun muassa stressi, ahdistus ja tuska (Holmia ym. 2006, 176). Kipua mitattaessa onkin syytä kiinnittää huomiota kivunhoitomenetelmän toimivuuteen, potilaan fysiologisiin toimintoihin sekä potilaan tyytyväisyyteen kivunhoidosta. Kivun voimakkuutta arvioitaessa tulee apuna käyttää myös potilaan käytöstä ja toimintakykyä. Kivusta kertovia merkkejä ovat esimerkiksi varominen, jännittäminen, irvistely ja huokailu. Kipu lisää sympaattisen hermoston aktiiviteettia ja nostaa sykettä ja verenpainetta sekä supistaa verisuonia. Nämä lisäävät sydämen työmäärää ja hapen kulutusta, jotka puolestaan voivat aiheuttaa sydänlihaksen hapenpuutetta ja laajentaa esimerkiksi sydän infarktin vaurioaluetta. Lisäksi voimakas kipu estää rintakehän tai vatsan alueen vammoissa kunnollisen hengittämisen sekä yskimisen ja johtaa hapetuksen huononemiseen ja eritteiden kerääntymisen hengitysteihin. Hormonaalisista vasteista antidiureettisen hormonin erityksen lisääntyminen aiheuttaa virtsan

vähentymistä ja virtsaumpea. Glukagonin sekä kortisolin lisääntynyt erityis sotkee elimistön sokeritasapainoa. Ruuansulatuskanavaan kipu vaikuttaa lamaavasti ja se myös lisää mahahapon eritystä. Sydänperäisestä vaivasta toipuvalle potilaalle kivun asianmukainen hoito onkin erityisen tärkeää. (Tornivuori & Viitanen 2002; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 370–371; Kalso, Vainio & Estlander 2002, 87.)

Tutkimuksien mukaan hoitohenkilökunta kokee kivun arvioinnin ja sen seuraamisen olevan hankalaa. Kipumittarin käyttö on vähäistä, vaikka mittarin käytön koetaan helpottavan kivun arviointia. (Flinkman & Salanterä 2004; Lahti, Norberg & Ruhtila 2007; Hakala 2004.)

Päivystyspoliklinikalla tehdyn tutkimuksen mukaan potilaat pitävät kivun hoidossa tärkeänä kivun tehokasta poistamista, ystävällistä henkilökuntaa, vaivan selvittämistä sekä riittävää tiedon antamista. (Flinkman & Salanterä 2004.) Potilaat odottavat tietoa kokemastaan kivusta ja sen hoidosta. Koska hoidon lähtökohtana on potilaiden oma arvio kivustaan, tieto lisää heidän mahdollisuuksiaan osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksen tekoon. (Kauppila, Salanterä & Heikkinen 2006.)

Kivun kokemista vähentää hoitohenkilökunnan ymmärtäväisyys, sympaattisuus ja ystävällisyys sekä potilaan kokemus huolenpidosta. Myös tieto esimerkiksi tulevasta leikkauksesta, sen aiheuttamasta tyypillisestä kivusta ja sen määrästä vaikuttavat kivun kokemiseen. Kun potilas on tietoinen tulevasta toimenpiteestä, pystyy hän valmistautumaan kipuun paremmin. Hoitoympäristön viihtyvyys, turvallisuus ja sallivuus vaikuttavat kivun kokemiseen. Jos hoitajan asenne on välinpitämätön, potilas ei kerro kivuisiaan. Kivun ilmaisua helpottaa, että hoitaja kysyy kivun tuntemuksista ja tarjoaa tarvittaessa kipulääkettä. (Ruuskanen 2005.) Kivuton sairaala -projektin tuloksista ilmenee, että kivun hoidossa on puutteita. Tutkimuksen mukaan 36 % potilaista, jotka kipua arvioitaessa kertoivat lepo- tai liikekivun olevan kovaa tai sietämätöntä, eivät saaneet asianmukaista kivunlievitystä. Tuloksista ilmenee myös, että kohtalaisesta tai sitä kovemmasta lepo- ja liikekivusta kärsineiden potilaiden kohdalla kipua hoidettiin vain 20 % potilaista. (Koivusalo 2009.)



### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ**

Tutkimuksella halutaan selvittää potilastyytyväisyyttä sydänvalvonnassa. Potilastyytyväisyyskyselyn avulla halutaan erityisesti tietoa potilaan tyytyväisyydestä kivunhoitoon, psyykkiseen hyvinvointiin, turvallisuuteen ja tiedon saantiin. Nämä aihealueet tulivat osastonhoitajan toivomuksesta.

Tutkimusongelmina ovat

- Ovatko potilaat tyytyväisiä sydänvalvonnan hoitoon?
- Kuinka voitaisiin kehittää sydänvalvonnan toimintaa?

### **4 TUTKIMUSMENETELMÄT**

#### **4.1 Kvantitatiivinen tutkimus**

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta sanotaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Aineiston keruussa käytetään tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Asioita kuvataan numeraalisesti ja tuloksia havainnoidaan erilaisin taulukoin tai kuvi-  
oin. Jos aineiston kerää itse, tällöin täytyy miettiä mahdollisia tutkimusongelmia sekä sitä, mikä olisi kohderyhmä ja tiedonkeruumenetelmä. (Heikkilä 2001, 16–18.)

Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska näin voimme kartoittaa suuremman ihmisjoukon asiakastyytyväisyyttä.

Jos tutkimus on reliabelinen, tämä tarkoittaa, että mittaustuloksia voidaan käyttää uudemman kerran. Mittauksen tai tutkimuksen reliabelius tarkoittaa, että tulokset eivät saisi olla sattumanvaraisia. Reliabeliutta on, kun kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on kehitetty erilaisia tilastollisia tapoja, joilla voidaan arvioida mittareiden luotettavuutta.

Tutkimuksen arviointiin liittyy toinenkin käsite ja tämä on validius eli siis pätevyys. Validius tarkoittaa, että mittarin tai tutkimuksen tulisi mitata juuri sitä mitä on ollut tarkoituskin mitata. Joskus tutkija saattaa kuvitella ja odottaa tutkimuksen tuloksista aivan toisia asioita, mitä ne sitten todellisuudessa ovat. Tutkittavat saattavat käsittää kysymykset aivan toisin, mitä tutkija on ajatellut. Jos tutkija jatkaa kysymysten käsittelyä niin kuin hän on niistä ajatellut alun pitäen, tällöin tutkimusta ei voida pitää päteväenä tai tosina. ( Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 226-227.)

## 4.2 Tutkimusympäristö

Kuopion yliopistollisen sairaalan sydänvalvontaan tulee pääasiassa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen potilaat, jotka tarvitsevat tehostettua valvontaa ja hoitoa. Sydänvalvonta on päivystysosasto, joten potilaat tulevat pääasiassa ensiavusta. Osastolla on kymmenen potilaspaikkaa ja yksi tutkimushuone. Henkilöstöön kuuluu osastonlääkäri, erikoistuva lääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 12 sairaanhoitajaa, 3 perushoitajaa, osastonsihtööri ja osastofarmaseutti, joka on osan päivästä osastolla. Hoitajat tekevät kolmivuorotyötä. Vuonna 2009 arvioitiin 2369 hoitopäivää. Vuonna 2009 potilaiden määrä sydänvalvonnassa oli 1074. Hoitoaika on keskimäärin 2 vuorokautta. Kuukaudessa potilaita käy keskimäärin 90–110, mutta meillä kyselylomakkeet oli jaossa kolme viikkoa, joten ei olisi ollut mahdollista saada 100 kyselyä mikä meillä oli tavoitteena. Tutkimuksen aikana päätimme vähentää kyselylomakkeiden jaon 50:een, koska emme olisi saaneet niitä takaisin määräaikaan mennessä. (Väisänen 2009.)

## 4.3 Aineiston keruu ja kyselylomake

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat sydänvalvonnan potilaat. Teimme kirjallisen tutkimusluvan Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa. Ennen kirjallisen luvan hakemista olimme sopineet suullisesti opinnäytetyöstä sydänvalvonnan osastonhoitajan, sisätautien ylihoitajan ja ylilääkärin sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan yhdysopettajan kanssa.

Tutkimuskysymyksiä laatiessamme käytimme ideoimiseen Töyryn kehittämää ihmisläheinen hoito -mittaria (ILH -mittari). Ihmisläheisyydellä tarkoitetaan inhimillisyyttä,

lähellä olemista, lämmintä ja ystävällistä suhtautumista. Käsitteen merkitys on lähellä käsitettä humanitaarinen, joka puolestaan tarkoittaa ihmisystävällistä ja hyväntekeväisyyttä. (Töyry 2001, 51.)

Ihmisläheinen hoito -käsite jaetaan viiteen luokkaan, jotka ovat yhteisyys, yksityisyys ja arvostus; tiedon saaminen ja osallistuminen hoitoon; tunne-elämän huomioon ottaminen; fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle. Nämä luokat muodostavat myös ILH-mittarin viisi osa-alueita, jotka pitävät sisällään väittämiä. Yhteisyys, yksityisyys ja arvostus osa-alueeseen kuuluvat muun muassa hyväksyminen omana itsenä, omaisten huomiointi, yksityisyyden säilyminen, luottamus henkilökuntaan ja hoitoyhteisöön kuuluminen. Tiedon saaminen ja osallistuminen hoitoon -osa-alue sisältää elämäntilanteen huomiointin, riittävän tiedonsaannin, hoitopäätöksiin osallistumisen ja henkilökunnan antaman tuen saannin. Tunne-elämän huomioon ottamiseen kuuluvat turvallisuus, avun saanti tarvittaessa, henkilökunnan ystävällisyys sekä hengellisten tarpeiden huomiointi. Fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen -osa-alue pitää sisällään unihäiriöiden huomioimisen, kivun hoidon, ravitsemuksen, hygienian ja liikkumisen. Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle -osioon kuuluu osaston ilmapiiri, henkilökunnan riittävyys ja ammattitaito sekä henkilökunnan välinen yhteistyö. (Töyry 2001, 65–67.)

Kyselylomakkeita tulostettiin 50 kappaletta ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastusten luotettavuuden vuoksi sekavat tai dementoituneet potilaat jätettiin tutkimuksesta pois. Kyselylomakkeet jaettiin sydänvalvontaosastolla ennen jatkohoitopaikkaan siirtymistä. Lomakkeiden jako sydänvalvonnassa antoi potilaille selkeämmän kuvan siitä, että olemme tekemässä potilastyytyväisyyskyselyä sydänvalvonnasta eikä koko hoitajaksosta.

#### **4.4 Aineiston käsittely**

Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kyselylomake oli strukturoitu. Tutkimuksessamme haemme potilastyytyväisyyttä ja tähän tarvitsemme suuremman otoksen. Potilasvastauksia saimme 38 kappaletta ja tutkimuksen vastaus-

prosentti oli 76 %. Tulokset analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmalla. Tulokset esitellään taulukoissa prosentteina sekä palkkikuvioina. Tekstissä avataan merkitsevimmät asiat potilastyytyväisyydestä sydänvalvonnassa.

#### **4.5 Eettiset näkökohdat**

Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja uskottavuuden edellytyksenä on, että se on toteutettu loukkaamatta hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, analysoinnissa ja esittämisessä sekä arvioinnissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25–27.)

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Ennen tutkimuksen alkua pohditaan muun muassa kenen ehdoilla aihe ja tutkimustavat valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Lisäksi mietitään aiheen ajankohtaisuutta sekä toteutusta ja tutkimuksen merkittävyyttä. (Hirsjärvi ym. 2007, 25–24.) Tutkimuksemme käsittelee sydänvalvonnan potilastyytyväisyyttä ja on siksi ajankohtainen sekä työelämälähtöinen. Aihe nousi sydänvalvonnan sisäisistä tarpeista, sillä osastolle ei aikaisemmin ole tehty tyytyväisyyskyselyä. Ennen tutkimuksen alkua teimme kirjallisen tutkimusluvan Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa.

Tutkimuksen lähtökohtana tulisi olla ihmisarvon kunnioittamien, eikä tutkimus saisi aiheuttaa tutkimuksen kohteena oleville henkilöille haittaa tai kärsimystä. Tutkimukseen osallistumisessa tulee noudattaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 25–24.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä se vaikuttanut potilaiden hoidon laatuun millään tavalla. Kysymyslomaketta laatiessamme pohdimme sen pituutta. Sydänvalvonnassa olevat potilaat ovat käyneet läpi akuutin tilanteen ja voivat olla siitä vielä hauraassa ja väsyneessä tilassa. Ei olisi eettisesti oikein väsyttää potilaita liian pitkällä kyselylomakkeella. Yhtenä vaihtoehtona oli myös kyselylomakkeiden lähettäminen potilaille kotiin hoitajakson jälkeen. Sydänvalvonnan henkilökunnan mukaan potilaat kuitenkin hahmottavat huonosti missä vaiheessa heitä hoidetaan milläkin osastolla. Niinpä päädyimme antamaan lomakkeet sydänvalvonnassa juuri ennen kotiutumista tai osaston vaihtoa.

Potilaiden tunnistamattomuus säilyi koko tutkimuksen ajan. Kyselylomakkeet olivat nimettömiä eikä niitä rekisteröity. Sydänvalvontaosaston henkilökunta antoi potilaalle kyselylomakkeen kirjekuoressa, jonka potilas palautti henkilökunnalle vastaamisen jälkeen suljettuna. Suljetut kirjekuoret avattiin vasta tutkijoiden kotona, jonka jälkeen ne numeroitiin satunnaisessa järjestyksessä tulosten kirjaamista varten SPSS -ohjelmaan. Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeessa ei ollut, joten niidenkään kautta viitteitä potilaan henkilöllisyydestä ei ole. Kyselylomakkeita käsiteltiin luottamuksellisesti eikä niitä tulla käyttämään muihin tarkoituksiin. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen lomakkeet tuhotaan.

Kyselylomakkeen mukaan laitettiin saatekirje, jossa oli tutkijoiden nimet sekä ammattikorkeakoulu, jossa tutkijat opiskelevat. Saatekirjeessä kerrottiin myös tutkimuksen tarkoituksesta, luottamuksellisuudesta ja vapaaehtoisuudesta. Tutkimuksen tulokset tullaan esittämään koululla opinnäytetyö seminaarissa. Tulokset raportoidaan myös sydänvalvonnan henkilökunnalle.

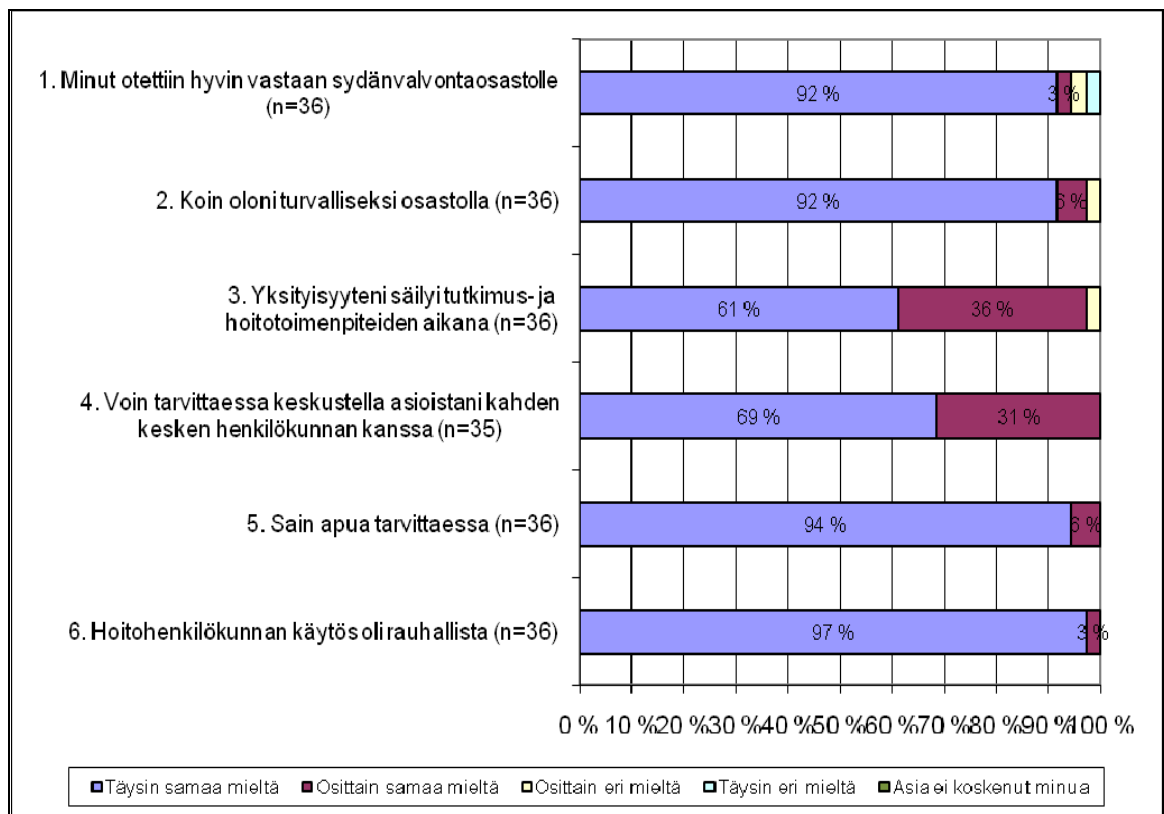
## **5 TUTKIMUSTULOKSET**

Kyselylomakkeita jaettiin 50. Kyselyyn vastasi 38 potilasta. Jaoinme kyselyyn vastanneet kolmeen ikäluokkaan; nuoret 20–49 vuotta, joita oli 25 % vastanneista, keskiikäiset 50–69 vuotta, joita oli 50 % vastanneista sekä vanhemmat, 70 vuotta ja siitä yli, joita oli 25 % vastanneista. Naisia oli 32 % ja miehiä 68 % vastanneista. Tuloksissa käsittelemme merkittävimpiä eroja.

### **5.1 Turvallisuus**

Turvallisuutta kartoitettiin kuudella eri väittämällä, joiden tulokset ovat kuviossa 1. Eniten samaa mieltä oltiin väittämästä ”sydänvalvonnan hoitohenkilökunnan käytös oli rauhallista”, sillä vastanneista (n=36) lähes kaikki (97 %) olivat täysin samaa mieltä. Vastanneista (n=36) lähes kaikki (94 %) olivat täysin samaa mieltä siitä, että he saivat

apua, kun sitä tarvitsivat. 92 % vastaajista (n=36) koki, että heidät otettiin sydänvalvontaosastolle vastaan hyvin, ja he myös tunsivat olonsa turvalliseksi. Vain 6 % vastanneista (n=36) oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että heidät otettiin osastolle hyvin vastaan. Vastanneista (n=35) noin kaksi kolmasosaa oli täysin samaa siitä, että he pystyivät tarvittaessa keskustelemaan henkilökunnan kanssa kahden kesken. Vajaa kolmannes (31 %) vastaajista oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Yli puolet vastaajista (n=36) oli täysin samaa mieltä ja reilu kolmannes (36 %) osittain samaa mieltä siitä, että heidän yksityisyytensä säilyi tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aikana. (Kuvio1.)



KUVIO 1. Vastaukset turvallisuutta koskeviin väittämiin.

Vertailimme kysymyksiä sukupuolen mukaan, ja suurimmat erot kyselyssä tulivat seuraavissa. Naisista 73 % ja miehistä 52 % oli samaa mieltä yksityisyyden säilymisestä hoitotoimenpiteiden aikana. Kysyttäessä, saavatko potilaat tietoa sairaudestaan, sen oireista ja hoidoista, täysin samaa mieltä oli miehistä 82 % ja naisista 64 %. Väittämässä, selitettiinkö teille ymmärrettävästi sairauteen liittyviä rajoituksia oli täysin samaa mieltä miehistä 82 % ja naisista 91 %. Kysyttäessä saiko esittää riittävästi hoitoon liittyviä kysymyksiä, täysin samaa mieltä oli miehistä 73 % ja naisista 90 %. Saivatko poti-

laat kysymyksiin ymmärrettäviä vastauksia -väittämässä täysin samaa mieltä oli miehistä 68 % ja naisista 82 %.

Ikää tarkasteltuamme poimimme suurimmat erot kyselystä. Kysyttäessä säilyikö yksityisyys hoitotoimenpiteiden aikana, nuorista 50 %, keski-ikäisistä 31 % ja vanhimmista 22 %, olivat osittain samaa mieltä. Täysin samaa mieltä yksityisyyden säilymisestä oli nuorista 50 %, keski-ikäisistä 62 % ja vanhimmista 78 %.

Nuorista 57 % ja vanhimmista 89 % olivat täysin samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunnan kanssa voi keskustella kahden kesken. Kysyttäessä saiko apua tarvittaessa, täysin samaa mieltä oli nuorista 100 % ja vanhimmista 89 %. Nuorista 64 %, keski-ikäisistä 92 % ja vanhimmista 75 % olivat täysin samaa mieltä, kun kysyttiin saivatko he riittävästi tietoa sairaudesta sen oireista ja hoidosta.

Kysyttäessä selitettiinkö ymmärrettävästi sairauteen liittyviä rajoituksia, täysin samaa mieltä oli nuorista 57 % ja vanhimmista 75 %. Nuorista 86 % ja vanhimmista 100 % olivat täysin samaa mieltä että sairaalassa puhuttiin ymmärrettävällä kielellä. Kysyttäessä saiko esittää riittävästi hoitoon liittyviä kysymyksiä, täysin samaa mieltä oli nuorista 86 % ja vanhimmista 75 %. Kysyimme myös, saiko kysymyksiin ymmärrettäviä vastauksia, ja tähän myöntävästi vastasi nuorista 79 % ja vanhimmista 63 %.

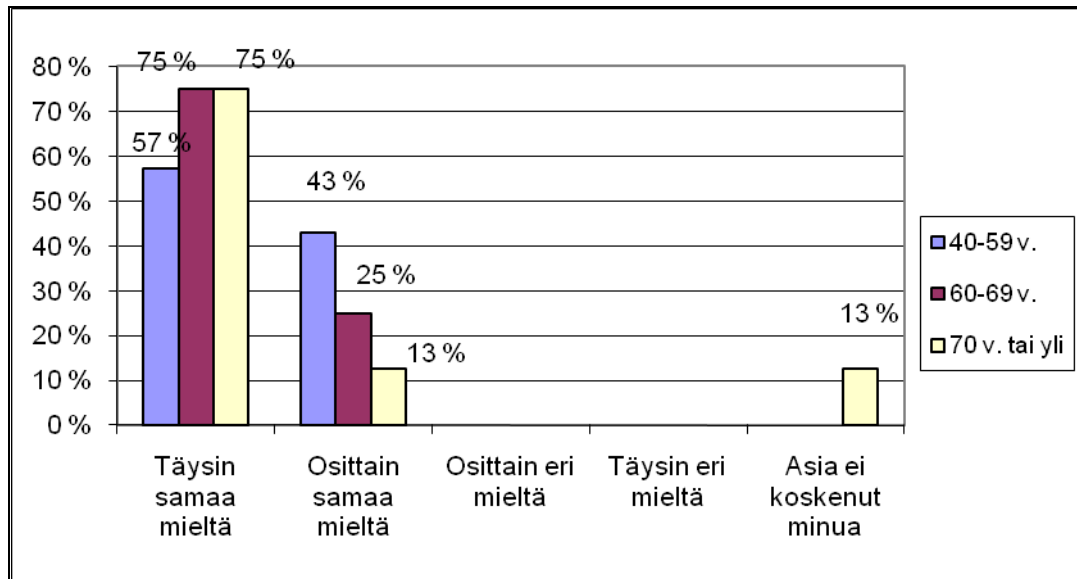
Potilaat jotka kokivat, että heidät otettiin hyvin vastaan sydänvalvontaosastolle, tunsivat olonsa turvallisiksi hoidon aikana. ( $p < 0,01$ ). He myös kokivat, että rajoitukset selitettiin ymmärrettävästi ja he pystyivät esittämään hoitoon liittyviä kysymyksiä. ( $p < 0,01$ ). Nämä potilaat kokivat myös, että saivat ymmärrettäviä vastauksia kysymyksiin ( $p < 0,01$ ) ja että hoidon aikana yksityisyys säilyi. ( $p < 0,05$ ).

## 5.2 Tiedonsaanti

Vastanneista ( $n=38$ ) täysin samaa mieltä oli (87 %) tai osittain samaa mieltä (11 %) siitä, että sydänvalvonnan hoitohenkilökunta puhui heille ymmärrettävällä kielellä.

Vastaajista ( $n=37$ ) 81 % oli täysin samaa mieltä ja 16 % osittain samaa mieltä siitä, että he saivat esittää riittävästi hoitoonsa liittyviä kysymyksiä. Vastaajista 3 % koki, että

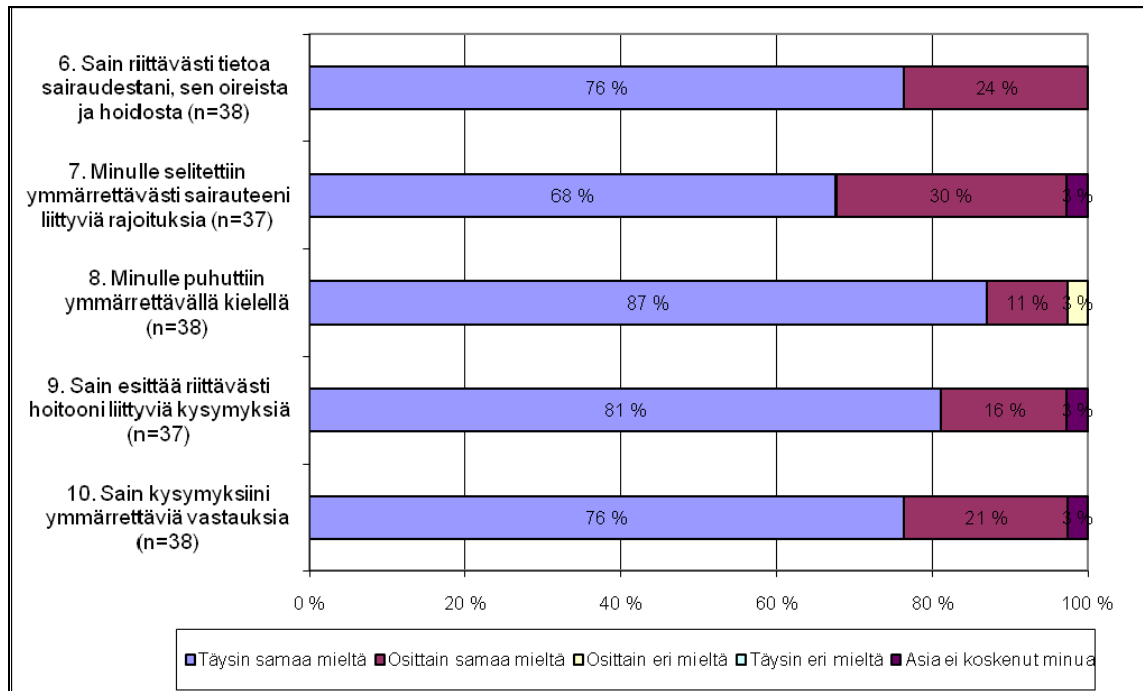
kyseinen väittämä ei koskenut heitä. Noin kolme neljäs osaa vastaajista (n=38) oli täysin samaa mieltä siitä, että he saivat kysymyksiinsä ymmärrettäviä vastauksia sekä riittävästi tietoa sairaudestaan, sen oireista ja hoidosta. Väittämien kanssa osittain samaa mieltä oli noin 20 % vastaajista. Noin kaksi kolmas osaa vastaajista (n=37) koki olevansa täysin samaa mieltä siitä, että heille selitettiin ymmärrettävästi sairauksiinsa liittyviä rajoituksista. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteni liittyviä rajoituksia.

Vastanneista ne jotka kokivat, että heille puhuttiin ymmärrettävällä kielellä, kokivat myös, että muu hoito oli riittävää ( $p < 0.05$ ). Vajaa 30 % vastaajista oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Vastanneista 3 % koki, että rajoituksista selittäminen ei koskenut heitä. (Kuvio 3.)

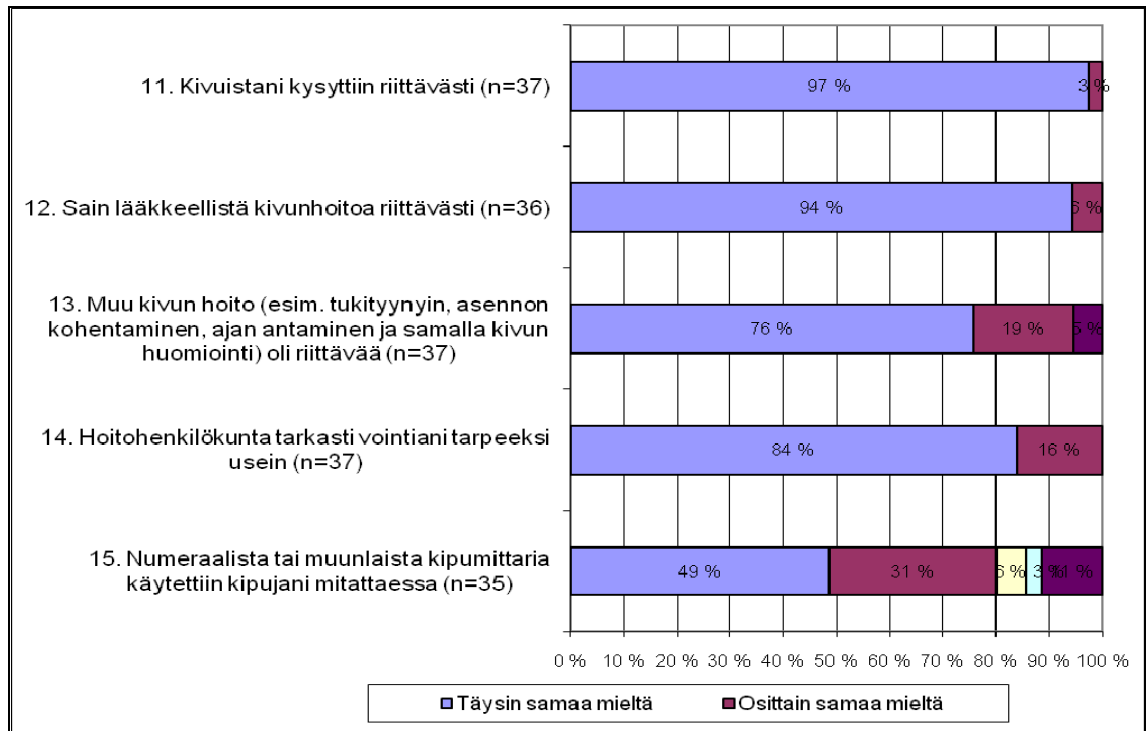




KUVIO 3. Vastaukset tiedonsaantia koskeviin väittämiin.

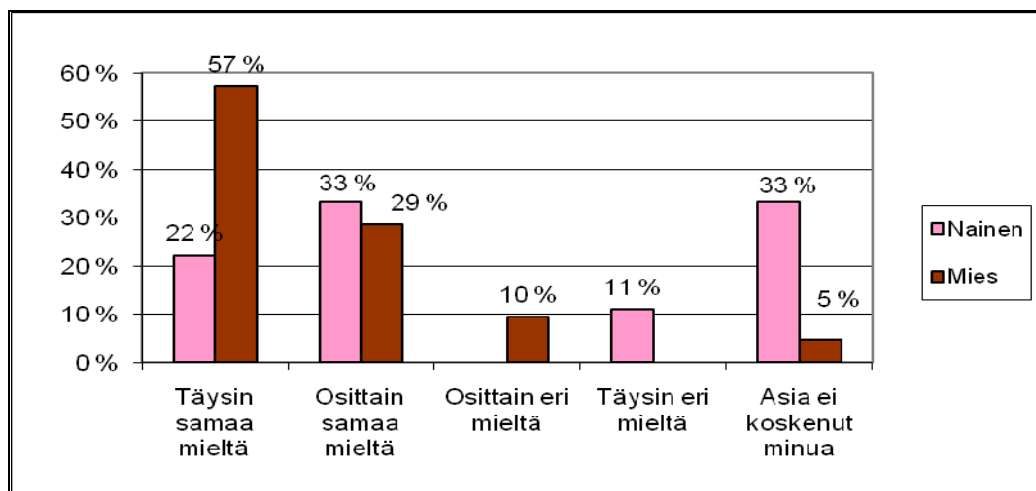
### 5.3 Kivunhoito

Kyselyyn vastanneista (n=37) 84 % oli täysin samaa mieltä ja 16 % osittain samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunta tarkasti heidän vointiaan tarpeeksi usein. Lähes kaikki (97 %) vastanneet (n=37) olivat täysin samaa mieltä siitä, että heidän kivuistaan kysyttiin riittävästi. Myös lääkkeelliseen kivunhoitoon oltiin tyytyväisiä. Vastaajista (n=36) 94 % oli täysin samaa mieltä ja 6 % osittain samaa mieltä siitä, että he saivat riittävästi kipulääkettä. Kolme neljäsosaa 76 % vastaajista (n=37) oli täysin samaa mieltä siitä, että he saivat riittävästi myös lääkkeetöntä kivunhoitoa esimerkiksi tukityynyjen avulla, asennon kohentamisella ja ajan antamisella. Vastaajista vajaa 20 % oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä ja 5 % koki, että riittävä lääkkeetön kivunhoito ei koskenut heitä. Kivunhoito-osiossa kipumittarin käyttö jakoi eniten mielipiteitä. Lähes puolet vastanneista (n=35) ja noin kolmasosa 31 % oli samaa mieltä siitä, että kipumittaria käytettiin kipuja kysyttäessä. Vastaajista 6 % oli osittain eri mieltä ja 3 % täysin eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajista 11 % koki, että kipumittarin käyttö ei koskenut heitä. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Vastaukset kivunhoitoa koskeviin väittämiin.

Kysyttäessä saiko lääkkeellistä kivunhoitoa riittävästi, täysin samaa mieltä oli miehistä 91 % naisista 100 %. Kartoitimme, kuinka usein hoitohenkilökunta tarkasti vointia ja täysin samaa mieltä miehistä oli 91 % ja naisista 70 %, osittain samaa mieltä miehistä oli 9 % sekä naisista 30 %. Kysyttäessä käytettiinkö numeraalista tai muunlaista kipumittaria mitattaessa kipuja ja täysin samaa mieltä oli miehistä 57 % ja naisista 22 % . (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Vastaukset väittämään numeraalista tai muunlaista kipumittaria käytettiin kipuja mitattaessa.

Kysyttäessä saiko lääkkeellistä kivunhoitoa riittävästi, täysin samaa mieltä oli nuorista sekä vanhimmista kaikki ja keski-ikäisistä 83 %. Kysyttäessä saiko muuta kivunhoitoa esim. tukityynyin, asennon kohentamisella tai ajan antamisella, täysin samaa mieltä oli nuorista 64 % ja vanhimmista 86 %. Nuorista 86 % ja vanhimmista 100 % täysin samaa mieltä oli, että heidän vointiaan tarkastettiin tarpeeksi usein.

Tuloksista selvisi, että ne vastaajat, jotka kokivat saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan, sen oireista ja hoidosta, kokivat myös, että kivun hoidon apuna käytettiin kipumittaria ( $p < 0,01$ ). Myös ne, jotka olivat tyytyväisiä riittävään lääkkeettömään kivunhoitoon, kokivat, että kipumittaria käytettiin ( $p < 0,01$ ). Merkittävä yhteys oli myös kipujen kysymisen ja kipulääkityksen välillä. Ne, jotka kokivat saaneensa riittävästi lääkkeellistä kivun hoitoa, kokivat että kivuista oli kysyty tarpeeksi ( $p < 0,01$ ). Pienempi merkittävyys oli lääkkeettömän kivunhoidon ja voinnin tarkastamisen välillä ( $p < 0,05$ ).

## **6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET**

### **6.1 Yhteenveto tuloksista**

Turvallisuusosiossa erittäin tyytyväisiä oltiin henkilökunnan rauhallisuuteen. Tyytyväisiä oltiin myös, että tarvittaessa saatiin apua. Osastolla olo koettiin turvalliseksi ja potilaat kokivat osastolle vastaanoton miellyttävänä.

Vähiten tyytyväisyyttä herätti kysymys jossa kartoitettiin yksityisyyden säilymistä hoitotoimenpiteiden aikana ja oliko kahdenkeskiseen keskusteluun mahdollisuutta hoitohenkilökunnan kanssa.

Tiedonsaantiosiossa tyytyväisimpiä oltiin siihen, että puhuttiin ymmärrettävällä kielellä. Potilaat kokivat, että he pystyivät esittämään riittävästi hoitoon liittyviä kysymyksiä. Puutteelliseksi jäi selittäminen sairauteen liittyvistä rajoituksista.

Kivunhoito-osiossa potilaat olivat tyytyväisiä siihen, että kivuista kysyttiin tarpeeksi usein ja kipuja hoidettiin tarpeeksi kipulääkkein. Kolme neljäsosaa vastanneista oli tyytyväisiä muuhun kivunhoitoon, jolla tarkoitetaan potilaan avustamista hyvään asentoon tukityynyillä, asennon kohentamisella, ajan antamisella ja siinä samalla kivun huomiomisella. Kipumittarin käyttö jakoi mielipiteitä, puolet vastanneista (n=38) oli tyytyväisiä kipumittarin käyttöön. Viidesosa vastanneista (n=38) koki, että kipumittaria ei käytetty tarpeeksi tai asia ei koskenut heitä.

Potilaan tausta vaikuttaa hänen näkemykseensä hoidon laadusta. Myös sukupuoli on vaikutusta siihen, kuinka tyytyväisiä hoitoon ollaan. Miehet ovat yleisesti tyytyväisempiä hoitoonsa kuin naiset. Naiset ovat herkempiä ja tarkempia kaikesta ja he reagoivat asioihin herkemmin. Sukupuolen lisäksi iällä on myös merkitystä potilastyytyväisyydelle. Vanhemmat ihmiset ovat yleisesti tyytyväisempiä hoitoonsa, verrattuna nuorempiin. Tämä voi johtua siitä, että vanhemmat ihmiset muistavat, minkälaista terveydenhuolto on joskus ollut ja kuinka se nyt on parantunut sekä kehittynyt. Nuoremmat ovat tottuneet nopeaan ja tehokkaaseen palveluun ja he osaavat olla vaativampia ja kriittisempiä. Potilaan koulutustaustalla on vaikutusta siihen, kuinka hän kohtaa terveystalveita. Korkeasti koulutetut suhtautuvat odottamiseen kriittisesti. He alkavat kyseenalaistaa terveydenhuollon tehokkuutta ja organisointitapoja verrattuna vähemmän koulutusta saaneille. Korkeasti koulutetut saattavat olla tottuneita yksityis palveluiden tehokkuuteen, joten julkinen terveydenhuolto saattaa näyttää heidän mielestään tehottomalta. (Saarinen 2007.)

Raimo Tuomaisen ja Tarja Kvistin tekemässä tutkimuksessa ”Ihmisläheinen hoito - potilaskyselyn tulokset Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2004” arvioitiin ihmisläheisen hoidon toteutumista KYS:ssa. Tutkimuksessa käytettiin Töyryn tekemää ILH -mittaria. Tutkimusongelmina olivat, miten potilaat arvioivat ihmisläheisen hoidon toteutuneen ja miten arvioinnit olivat muuttuneet vuosina 1992–2004. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että edelliseen kyselyyn verrattuna potilaiden tyytyväisyys oli jopa kasvanut. Erityisesti fyysisen terveyden ylläpidossa oli onnistuttu. Vähiten tyytyväisyyttä oli hoitoyksikköön yhteisönä sekä tiedonsaannissa ja hoitoon osallistumisessa. Kesto-ongelmiksi koettiin osallistuminen hoidon suunnitteluun, avun saaminen psyykkiseen pahaan oloon, tiedon saaminen sairauteen liittyvistä ongelmista sekä henkilökunnan vähäisyys ja kiireellisyys. Potilaiden tyytymättömyys oli kasvanut sukupuoliasioiden

keskustelu mahdollisuuksissa sekä hengellisten tarpeiden huomioimisessa. (Tuomainen & Kvist 2006.)

## 6.2 Luotettavuus ja toistettavuus

Tutkimuksissa pyritään aina välttämään virheitä ja niiden syntymistä. Silti tutkimuksien luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, jonka vuoksi tutkimuksissa arvioidaan sen luotettavuutta. Luotettavan tutkimuksen tulisi olla sellainen, että sen tulokset olisivat toistettavissa, jolloin sattumanvaraisia tuloksia ei olisi. Tutkimuksen tulisi myös mitata sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Aina tutkimuksen menetelmät ja mittarit eivät vastaa siihen, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Syitä tähän voi olla esimerkiksi kyselylomakkeessa käytetyt ammattisanat, joita vastaajat eivät ole ymmärtäneet oikein. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Asiakkaat arvioivat hoito- ja palvelutilanteita oman kokemuksensa kautta. Ikääntyneistä ihmisistä on todettu, että he eivät mielellään arvioi omaa hoitoansa. Syynä on, että ikääntyneet ihmiset näkevät henkilökunnan kiireen ja useimmat heistä kokevat, että henkilökunta tekee parhaansa. He voivat pitää myös ulkopuolista tutkijaa epäluotettavana, eivätkä halua kertoa kokemuksistaan. Yhtenä syynä voi olla myös, että ikäihmiset tuntevat riippuvuutta henkilökunnasta ja näin ollen haluaa tuoda vain esille myönteisiä kokemuksia. He saavat pelätä avun loppuvan, jos he antavat kriittistä palautetta. (Voutilainen ym. 2002, 40).

Mietimme ymmärsivätkö potilaat esimerkiksi tiedonsaantiosion väittämän ”selitettiinkö teille tarpeeksi sairauteenne liittyvistä rajoituksista” samalla tavoin, kuin itse olimme ajatelleet. Tarkoituksena oli kysyä rajoituksista sydänvalvonnan hoidon aikana, kuten esimerkiksi vuodelepo ja ravinnotta oleminen. Ymmärsivätkö potilaat rajoitukset yleisesti sydänsairauteen liittyen. Kysyttäessä muuta kivunhoitoa herää kysymys ovatko potilaat huomioineet koskaan, että kipuja voidaan hoitaa lääkkeettömilläkin keinoilla ja tietävätkö he mitä se pitää sisällään.

Sydänvalvonnan potilaat tarvitsevat paljon henkistä tukea äkillisen sairastumisensa vuoksi, joten pohdimme olivatko potilaat kykeneviä vastaamaan realistisesti kyselylo-

makkeen väittämiin. Tähän vaikuttaa myös kyselylomakkeen pituus. Teimme kyselylomakkeesta tarkoituksella melko lyhyen, jotta äkillisesti sairastunut potilas jaksaisi lukea sen ja vastata siihen. Myös lomakkeiden jakoaikaa piti suunnitella. Olisiko lomakkeisiin ollut hyvä vastata vasta sydänvalvontaosaston hoidon jälkeen vai siellä ollessa. Paikanpäällä ollessa asiat ovat paremmin mielessä, mutta shokki voi olla niin suuri äkillisestä sairastumisesta, että onko kiinnostusta ja ymmärrystä syventyä pohtimaan kyselylomaketta. Osaston hoitohenkilökunta jakoi lomakkeet potilaille ja potilaat palauttivat kyselylomakkeen suljetussa kirjekuoressa hoitohenkilökunnalle. Luulisi, että tämä herättää potilaiden luottamuksen ja rohkeuden vastata lomakkeisiin rehellisesti. Kun potilaat tietävät, että hoitajat eivät aukaise kirjekuoria, vaan vasta tutkijat niin tulokset ovat todenmukaisempia.

Kyselyn ulkopuolelle jätettiin sekavat ja dementoituneet potilaat. Hoitajat tekivät päätöksen kenet katsoivat kykeneväksi vastaamaan kyselyyn. Pohdintaa herätti kyseisten potilaiden poisjättämisen kohdalla tämän vaikutus esimerkiksi ikäjakaumaan. Ovatko vanhemmat potilaat yleensä niitä sekavia, joille lomaketta ei jaettu. Mietimme myös vaikuttaako sekavuus kipuihin ja kivunhoitoon.

Opinnäytetyömme tuloksista kävi ilmi, että potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä sydänvalvonnan hoitoon. Kysyttäessä kipumittarin käytöstä erot olivat suurimpia. Pohdimme voisiko näihin seikkoihin vaikuttaa hyvä ilmapiiri osastolla ja myös johtamisella. Voisiko olla, että kaikki kyselyyn vastanneet potilaat eivät olleet tiedostaneet mikä on kipumittari tai miten sitä käytetään ja näin syntyi eroja vastaajien kesken.

### **6.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Tulosten pohjalta kehitettävää olisi kipumittarin käytön lisäämisessä. Kyselyn tuloksista on toivottavasti hyötyä osastolle muun muassa työmotivaatiota ajatellen, kun tulokset olivat niin positiivisia. Kyselylomaketta voidaan myös käyttää myöhemmin uudestaan mittaamaan ovatko sydänvalvonnan potilaat edelleen tyytyväisiä hoitoon. Kyselylomakkeesta voi saada uusia ideoita, joista voisi tehdä uuden erilaisiin asioihin pohjautuvan laajemman kyselyn.

Kyselylomakkeen väittämien laatimista helpotti se, että osastonhoitaja oli antanut tietyt aihealueet, joista halusi tietoa osastolle. Myös omat kokemukset sydänvalvonnan työstä helpottivat saamaan kuvan siitä, mitkä väittämät olisivat tarpeellisia ja miten ne kannattaisi lomakkeessa esittää.

#### **6.4 Opinnäytetyö ammatillisen kasvun tukena**

Kiinnostuimme opinnäytetyön aiheesta, koska halusimme tietää, mitä tulee ottaa huomioon potilastyytyväisyyskyselyä tehtäessä. Meitä kiinnosti myös akuutti hoitotyö, joten tutkimuksen kohde oli sopiva.

Tutkimusprosessin aikana yhteistyö työorganisaation, ohjaavan opettajan ja toistemme kanssa sujui hyvin. Työtä tehdessä jaoimme aiheet kyselylomakkeen pohjan mukaisesti, mikä tuntui helpolta ja luontevalta. Tutkimuksen aikana teimme tiivistä yhteistyötä, joka kasvatti meitä tulevaan moniammatilliseen työyhteisöön.

Tulevina sairaanhoitajina osaamme työssämme ottaa huomioon, miten tärkeää potilaiden ensivaikutelma osastosta on. Työskennellessämme hoitotyössä tulemme varmasti kiinnittämään huomiota kivunhoidon toteutukseen ja kipumittarin käyttöön. Tutkimusta tehdessämme olemme kehittyneet tiedonhankkijoina. Osaamme nyt kriittisemmin arvioida lähteiden luotettavuutta ja ajantasaisuutta. Tästä on hyötyä työelämässä toteutettaessa näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

## LÄHTEET

- Alho, Sini; Kemppainen, Anne & Uusitalo, Tiia-Maija 2010. Akuutin kivun hoito – Opas hoitohenkilökunnalle. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyö. Opinnäytetyö. Viitattu 23.9.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005037458>.
- Antikainen, Reija & Nöjd, Jenni 2005. ”Rintakipu on väistynyt” Potilaiden kokemuksia sydäninfarktikipusta ja kivunhoidosta sydänvalvonnassa. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Lahden yksikkö. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Elo, Erika & Hotanen, Marika 2009. Ohitusleikkauspotilaiden emotionaaliset kokemukset postoperatiivisen hoidon ajalta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Flinkman, Mervi & Salanterä, Sanna 2004. Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa. Tutkiva Hoitotyö 2 (3), 16–21.
- Hakala, Päivi 2004. Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta. Viitattu 2.6.2010. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=7&PublicArea=True>
- Heikkilä, Tarja 2001. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- International Association for the Study of Pain i.a. IASP Pain terminology. Viitattu 7.5.2010. [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain).
- Kalso, Eija; Vainio, Anneli (toim.) & Estlander, Ann-Mari 2002. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Kauppila, Marjo; Salanterä, Sanna & Heikkinen, Katja 2006. Akuuttiin toimenpiteeseen liittyvän kivunhoitotyön suositukset. Sairaanhoidaja 79 (12), 32–35.



- Koivusalo, Anna-Maija 2009. Kivun arviointi -projekti syksyllä 2008. Viitattu 2.6.2010.  
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=27&PublicArea=True>.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY
- Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttajat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6 (4), 10–15.
- Lahti, Taina; Norberg, Riitta & Ruhtila, Sari 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Viitattu 2.6.2010.  
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=13&PublicArea=True>
- Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Mattila, Eija Anneli 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoiton aikana –potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede 10 (3), 11.
- Muhonen, Mari & Nieminen, Nanna 2009. Potilaiden ohjaus sisätautien päivystysosastolla. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyönkoulutusohjelma, hoitotyö. Opinnäytetyö. Viitattu 1.7.2010.  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2912/muhonen\\_mari\\_%20nieminen\\_nanna.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2912/muhonen_mari_%20nieminen_nanna.pdf?sequence=1).
- Niemelä, Pauli & Lahikainen, Anja Riitta 2000. Inhimillinen turvallisuus. Vastapaino: Tampere.
- Niemitalo, Riitta 2010. Sairaanhoidajien hoitotyön osaaminen ja sen johtaminen nyt ja tulevaisuudessa keski-suomen keskussairaalassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ylempi amk. Opinnäytetyö.
- Okkonen, Eila & Kuusisto, Marja 2004. Potilaan huolenaiheet ja toiveet sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen. Tutkiva hoitotyö 2 (1), 11.
- Pellikka, Heli; Lukkarinen, Hannele & Isola Arja 2003. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. Hoitotiede 15 (4), 166–179.
- Rissanen, Viljo & Kansanen, Martti 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatu järjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatu järjestelmästä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Ruuskanen, Eija 2005. Kivun hoidon yhtenäinen käytäntö. Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003–2004. Viitattu 6.8.2010. <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=3027&nodeid=24982>.
- Saarinen, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu.
- Sairaanhoitajaliitto i.a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 23.5.2010. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_ ja\\_hoitoty on/sairaanhoitajan\\_ty\\_ ja\\_hoitoty on/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty on/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty on/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/).
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Viitattu 23.5.2010. [http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20\\_15/moniste.pdf](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.pdf).
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013.
- Tornivuori, Aila & Viitanen, Outi 2002. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito asiantuntija-sairaanhoitajan näkökulmasta Meilahden sairaalassa (HYKS). Viitattu 2.6.2010. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=15&PublicArea=True>
- Tuomainen, Raimo & Kvist, Tarja 2006. Ihmisläheinen hoito -potilaskyselyn tulokset Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2004.
- Töyry, Eeva 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Valvira, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö i.a. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Potilaan tiedonsaantioikeus. Viitattu 26.10.2010. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilaan\\_oikeudet](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet).
- Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri U. Harriet 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus.
- Väisänen, Paula 2009. Osastonhoitaja, Kuopion Yliopistollinen Sairaala. Kuopio. Perehdytysmateriaali.
- Ylikoski, Tuire 1999. Unohtuiko asiakas? Perustietoa palvelujen markkinoinnista. Helsinki: KY-Palvelu.

## LIITE 1

Asiakastyytyväisyyskysely  
SydänvalvontaVastausohje

Kyselyyn vastataan ympyröimällä teille sopivin vaihtoehto

Sukupuoli                    1. Nainen  
   2. MiesIkä                                    1. 20-29                                    5. 60-69  
   2. 30-39                                    6. 70-79  
   3. 40-49                                    7. 80-89  
   4. 50-59                                    8. 90-->

TURVALLISUUS	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Asia ei koskenut minua
1. Minut otettiin hyvin vastaan sydänvalvonta-osastolle	4	3	2	1	0
2. Koin oloni turvalliseksi osastolla	4	3	2	1	0
3. Yksityisyyteni säilyi tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aikana	4	3	2	1	0
4. Voin tarvittaessa keskustella asioistani kahden kesken henkilökunnan kanssa	4	3	2	1	0
5. Sain apua tarvittaessa	4	3	2	1	0
6. Hoitohenkilökunnan käytös oli rauhallista	4	3	2	1	0
TIEDON SAANTI					
6. Sain riittävästi tietoa sairaudestani, sen oireista ja hoidosta	4	3	2	1	0

7. Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteni liittyviä rajoituksia	4	3	2	1	0
8. Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä	4	3	2	1	0
9. Sain esittää riittävästi hoitoni liittyviä kysymyksiä	4	3	2	1	0
10. Sain kysymyksiini ymmärrettäviä vastauksia	4	3	2	1	0
<b>KIVUN HOITO</b>					
11. Kivuistani kysyttiin riittävästi	4	3	2	1	0
12. Sain lääkkeellistä kivunhoitoa riittävästi	4	3	2	1	0
13. Muu kivunhoito (esim. tukityynyin asennon kohtaminen, ajan antaminen ja samalla kivun huomiointi) oli riittävää	4	3	2	1	0
14. Hoitohenkilökunta tarkasti vointiani tarpeeksi usein	4	3	2	1	0
15. Numeraalista tai muunlaista kipu mittaria käytettiin kipujani mitattaessa	4	3	2	1	0